

Impacto de la administración precoz de heparina no fraccionada sobre el flujo coronario inicial en pacientes con SCACEST sometidos a intervención coronaria percutánea primaria

Pablo Legarra Oroquieta(1), Amaia Yuan Ibargoyen Aira(1), Irene Iniesta Martínez(2), Josu Delfrade Osinaga(2), Sara Marquinez Noriega(2), Octavio Raúl Jiménez Melo(1) y Miriam Sánchez Sánchez(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Navarra, Pamplona (Navarra) - España y (2)Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, Pamplona (Navarra) - España

Introducción: La administración temprana de heparina no fraccionada (HNF) en el momento del diagnóstico de SCACEST es controvertida. Se evalúa la relación entre la administración precoz y un mejor flujo coronario en el intervencionismo coronario percutáneo (ICP).

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes con SCACEST sometidos a ICP primaria en nuestro centro, entre los años 2021 y 2023. Se excluyen pacientes con IAM evolucionado (>12 horas), infartos con coronarias no obstructivas y los que recibieron fibrinolisis. Datos extraídos de la Historia Clínica y del Registro autonómico de Infarto. Análisis estratificado en dos grupos, según si se administra o no heparina previa a la ICP.

Resultados: Se atendieron 795 pacientes con SCACEST; tras aplicar criterios de exclusión se analizaron 589, 78% hombres y 22% mujeres, la mediana de edad fue 62 años (DE 12,6 años). Los factores de riesgo más frecuentes son tabaquismo 68% y dislipemia 61% (Tabla 1). No existen diferencias entre grupos, a excepción de HTA y cardiopatía isquémica previa. En cuanto al tratamiento precateterismo, el 85% recibieron inhibidor del receptor P2Y12 (Prasugrel 52%) y el 90% HNF. El tiempo entre la administración de HNF e ICP fue menor de 30 minutos en el 29% de casos, mientras que en el 44% ese tiempo fue superior. Las arterias responsables del infarto (ARI) más frecuentes fueron la descendente anterior y la coronaria derecha (ambas 40%). En el 36% de casos la ARI estaba permeable en el momento del cateterismo (flujo TIMI 2-3), siendo un 32% más probable que la ARI estuviera permeable en aquellos que recibieron HNF antes de la ICP, aunque sin diferencias significativas. El 79% ingresó en Killip I y el 8% en Killip IV. El acceso radial se empleó en el 89% de casos. En cuanto a la evolución, el 3% precisó transfusión y el 1% tuvo complicación vascular, independientemente del momento de administración de HNF. Sólo el 16% se fueron de alta con FEVI ? 40%. La mortalidad al mes fue del 4%, siendo la mayoría intrahospitalaria.

Conclusiones: En esta cohorte de práctica clínica real, la administración precoz de HNF, aunque segura, no se asoció de manera estadísticamente significativa con un mejor flujo coronario inicial. Aunque se observa una tendencia favorable, los resultados podrían estar condicionados por limitaciones de potencia o factores de confusión. Se requieren estudios adicionales para definir su impacto clínico.

Características basales de los pacientes

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA (%)
Sexo	
Varón	78%
Mujer	22%
Tabaco	68%
HTA	48%
Dislipemia	61%
Diabetes	20%
ERC	12%
C. isquémica	12%
EAP	6%
Obesidad	24%

HTA: hipertensión arterial. ERC: enfermedad renal crónica. EAP: enfermedad arterial periférica.